

平成 26 年度～ 特定相談支援事業者  
サービス等利用計画 国様式の使用について

## 1. 平成 26 年度

- ・特定相談支援事業者によるサービス等利用計画の作成において、現在神戸市では、神戸市様式の使用を基本としているが、平成 26 年度以降は、下記のとおり、一部国様式の使用も可とする。

(上記とする理由)

- ・市販相談支援ソフトを導入する特定相談事業者に対応するため。

※市販相談支援ソフトは、基本国様式のみ対応

	計画相談様式			
	・利用計画案/利用計画 ・モニタリング報告書	アセスメント票	サービス利用量案	週間計画表
現行	市様式	市様式	市様式	市様式
<b>H26～</b>	<b>市様式 又は 国様式</b>	<b>市様式 又は 国様式</b>	市様式	<b>市様式 又は 国様式</b>

※太枠が変更点

## 2. 国様式使用 具体例

- ・次ページ以降

※市独自で規定している下記項目について、国様式内に記載するか、追記事項として別紙に記載すること。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(国様式)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	保護者氏名(児童の場合)	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者との面接                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者との面接実施日</li> <li>②面接場所</li> <li>③利用者以外の面接者</li> </ul> </li> <li>■モニタリング期間                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①モニタリング期間</li> <li>②開始月と終期月</li> <li>③上記期間とする理由</li> </ul> </li> <li>■モニタリング実施月</li> </ul>						

国様式にない項目を解決すべき課題欄の下に記載する。  
※別紙「追記事項(神戸市様式A)」への記載も可

## 追記事項（サービス等利用計画案）

平成 年 月 日 作成

利用者氏名（児童氏名）

相談支援事業者名

（作成者： ）

①保護者氏名（児童の場合）		
②利用者との面接		
・利用者との面接実施日	平成 年 月 日	
・面接場所		
・利用者以外の面接者	無 ・ 有 （ ）	
③モニタリング期間		
・モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施 <input type="checkbox"/> 月ごとに1回実施	
・モニタリング開始月と終期月	平成 年 月～平成 年 月まで	
・上記期間に変更する理由		
④モニタリング実施月 （毎月実施の場合以外に記入）	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(国様式)

保護者氏名				
利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1								
2								
3								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス担当者会議</li> <li>①実施日</li> <li>②会議場所</li> <li>③利用者・家族出席の有無</li> <li>④会議出席者事業者名(担当者)</li> </ul>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モニタリング期間</li> <li>①モニタリング期間</li> <li>②開始月と終期月</li> <li>③上記期間とする理由</li> <li>■モニタリング実施月</li> </ul>							

国様式にない項目を解決すべき課題欄の下に記載する。

※別紙「追記事項(神戸市様式B)」への記載も可

## 追記事項（サービス等利用計画）

平成 年 月 日 作成

利用者氏名（児童氏名）

相談支援事業者名

（作成者： ）

①保護者氏名（児童の場合）		
②サービス担当者会議		
・実施日	平成 年 月 日	
・会議場所		
・利用者・家族出席の有無	無 ・ 有 （ ）	
・会議出席事業者（担当者）名		
③モニタリング期間		
・モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施 <input type="checkbox"/> 月ごとに1回実施	
・モニタリング開始月と終期月	平成 年 月～平成 年 月まで	
・上記期間に変更する理由		
④モニタリング実施月 （毎月実施の場合以外に記入）	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)(国様式)

保護者氏名					
利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者との面接</li> <li>①利用者との面接実施日</li> <li>②面接場所</li> <li>③利用者以外の面接者</li> </ul>						有・無	有・無	有・無	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■次回モニタリング月</li> <li>■モニタリング期間の変更の有無 (有の場合、別紙変更届を添付)</li> </ul>						有・無	有・無	有・無	

国様式にない項目を解決すべき課題欄の下に記載する。  
※別紙「追記事項(神戸市様式C)」への記載も可

## 追記事項（モニタリング報告書兼モニタリング期間変更届）

平成 年 月 日 作成

利用者氏名(児童氏名) \_\_\_\_\_

相談支援事業者名 \_\_\_\_\_

(作成者: \_\_\_\_\_)

①保護者氏名（児童の場合）	
②利用者との面接	
・利用者との面接実施日	平成 年 月 日
・面接場所	
・利用者以外の面接者	無 ・ 有 ( )
③次回モニタリング時期	平成 年 月
④モニタリング期間の変更有無	有 ・ 無 ※「有」の場合、下記「変更届出欄」に記入要

変更届出欄（モニタリング期間の変更が「有」となった場合は、以下の項目に記載し、福祉事務所に提出）

モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施 <input type="checkbox"/> 月ごとに1回実施	
モニタリング開始月と終期月	平成 年 月～平成 年 月まで	
上記期間に変更する理由		
モニタリング実施月 (毎月実施の場合以外に記入)	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月
	平成 年 月	平成 年 月
神戸市 福祉事務所長 宛		
モニタリング期間を上記の通り変更してください		
平成 年 月 日 氏名 _____		

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】(国様式)

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

## 申請者の現状(基本情報)(国様式)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

## 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

## 2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )]			FAX番号	
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

--	--

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

--	--

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

--	--

## 3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					